eurofins | Biomnis

Attestation de consultation et Consentement

en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

(en référence au décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

• 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement • 1 copie à conserver dans le dossier médical • 1 copie pour le patient

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné ..... **Docteur en Médecine**,

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique,

- Certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de(s) mutation(s) recherchée(s), des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à .....,
le |__|__| |__|__| |__|__|

Signature et tampon du médecin

CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique

Je soussigné(e) ..... né(e) le |__|__| |__|__| |__|__|,

Demeurant à : .....

- Reconnais avoir reçu par le Dr. ..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :
  - ☐ d'évaluer ma susceptibilité génétique à un traitement médicamenteux.
- Pour cela, je consens :
  - ☐ au prélèvement qui sera effectué chez moi.
  - ☐ au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle.
- Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Docteur sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.
- Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,
  - ☐ je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient(e) que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à .....,
le |__|__| |__|__| |__|__|

Signature du patient adulte ou du représentant légal de l'enfant mineur ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :

D23 - Juillet 2018